

## DECLARACIÓN JURADA DE SALUD<sup>1</sup>

Le agradeceremos responder cada una de las siguientes preguntas, asegurándose de que todas estén contestadas. En caso contrario la solicitud será devuelta y se tendrá por no presentada,

### DATOS DEL TITULAR POR ASEGURAR

Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	
Número de DNI/CE	Teléfono	Correo electrónico <sup>2</sup>	
Fecha de nacimiento (DD/MM/AA)	Peso (kg)	Estatura (m)	Sexo

### DATOS DE LOS DEPENDIENTES (Cónyuge/conviviente/Hijos)

DEP	Apellido paterno	Apellido materno	Nombres	DNI/CE	Sexo	Fecha de nacimiento (DD/MM/AA)	Parentesco con el titular	Peso (kg)	Estatura (m)
D1					M F				
D2					M F				
D3					M F				

1. Usted (Solicitante) o sus dependientes por asegurar ¿Padecen o han requerido tratamiento por alguno de los problemas de salud que figuran en el siguiente cuadro? (marque con una X):

Por favor asegúrese de responder según el orden de dependientes asignado en la solicitud de Plan de Aseguramiento en Salud	Solicitante por asegurar		D1		D2		D3		D4		
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Sistema nervioso y ocular (por ejemplo: migraña y/o dolor de cabeza a repetición, desmayos, convulsiones, epilepsia, derrame cerebral, parkinson, demencia, enfermedad de retina, cataratas, glaucoma, pterigión o carnosidad)											
Aparato respiratorio (por ejemplo: tos crónica, falta de aire, espasmo o asma bronquial, bronquitis crónica, enfisema, tuberculosis, apnea del sueño, sinusitis, desviación tabique nasal, hipertrofia de adenoides o cornetes)											
Aparato cardiovascular (por ejemplo: dolor de pecho o angina, taquicardia o arritmia, soplo cardíaco, infarto cardíaco, presión arterial alta, enfermedad de las válvulas cardíacas, angioplastia, várices de extremidades)											
Sistema endocrino (por ejemplo: diabetes, hipertiroidismo, hipotiroidismo, tumores de hipófisis o hipotálamo, síndrome de Cushing, hiperprolactinemia)											
Aparato génitourinario (por ejemplo: insuficiencia renal, glomerulonefritis, hematuria, incontinencia urinaria, adenoma de próstata, quistes renales, infección urinaria crónica, cistitis crónica, quistes mamarios, fibroadenoma, quistes de ovario, enfermedad inflamatoria pélvica, mioma uterino, endometriosis, cervicitis crónica)											
Aparato digestivo y pared abdominal (por ejemplo: gastritis, úlcera, hernia hiatal, hepatitis B o C, cirrosis hepática, cálculos en la vesícula, pancreatitis, pólipos en el colon, colon irritable, hemorroides, eventraciones, hernia umbilical o inguinal, diástasis de rectos)											
Oncológicas (por ejemplo: cáncer de cualquier órgano del cuerpo)											
Sistema sanguíneo (por ejemplo: anemia, policitemia, leucemia, desorden de coagulación, hemofilia)											
Aparato locomotor y tejido conectivo (por ejemplo: artritis, artrosis, enfermedad de los meniscos, deformaciones, amputaciones, fibromialgia, lupus, miositis, esclerodermia, hernia núcleo pulposo, discopatía, cervicalgia, lumbago, escoliosis, implantes)											
Infeciosas crónicas (por ejemplo: tuberculosis, brucelosis, VIH/sida)											
Psiquiátricas (por ejemplo: depresión, psicosis, esquizofrenia, paranoia, déficit de atención)											
Congénitas o hereditarias (por ejemplo: síndrome de Down, cardiopatía, síndrome de Marfan)											
Trasplante de cualquier órgano											
Piel (por ejemplo: acné severo, rosácea, psoriasis, vitiligo, dermatitis alérgica, tumores)											
Estéticas o reconstructivas: cirugías, prótesis o implantes de cualquier tipo (por ejemplo: nariz, mamas, glúteos)											
Otras enfermedades, dolencias o afecciones no consignadas en esta lista, siempre que hayan sido atendidas											

<sup>1</sup> A ser llenada por el solicitante por asegurar.

<sup>2</sup> LA CLÍNICA podrá enviar información por correo electrónico sobre la presente solicitud y/o cualquier comunicación necesaria para su ejecución.

Le agradeceremos proporcionar la siguiente información adicional para cada una de las preguntas que respondió afirmativamente:

Persona tratada	Enfermedad, dolencia, afección o motivo	Médico	Clínica	Fecha del diagnóstico	Tratamiento recibido	Estado de salud actual: (a) curado (b) en tratamiento
Solicitante por asegurar						
D1						
D2						
D3						
D4						

2. ¿Alguna de las personas por asegurar ha tenido alguna hospitalización y/o cirugía previa?

Persona tratada	Motivo	Clínica/hospital	Fecha
Solicitante por asegurar			
D1			
D2			
D3			
D4			

3. ¿Alguna de las personas por asegurar recibe algún medicamento actualmente o lo ha recibido en los últimos 12 meses?


Persona tratada	Medicamento	Desde	Hasta
Solicitante por asegurar			
D1			
D2			
D3			
D4			

4. ¿Consume tabaco?

	¿Consumió tabaco en los últimos 24 meses?		Cigarrillos por día	Años de consumo
	SI	NO		
Solicitante por asegurar				
D1				
D2				
D3				
D4				

5. ¿Alguna de las personas por asegurar tiene o ha tenido otro Plan de Aseguramiento en Salud?

SI       No

 Nota: Se entiende por preexistencia cualquier condición de alteración del estado de salud diagnosticada por un profesional médico colegiado, conocida por el ASEGURADO titular o DEPENDIENTE y no resuelta en el momento previo a la presentación de la Declaración Jurada de Salud.

Le agradeceremos proporcionar la siguiente información adicional en caso haya respondido afirmativamente a la pregunta 5.

Persona tratada	Nombre de la IAFAS	Preexistencia	Desde	Hasta
Solicitante por asegurar				
D1				
D2				
D3				
D4				

6. ¿En alguna oportunidad le ha sido rechazada una solicitud de Plan de Aseguramiento en Salud a usted o a sus dependientes?

SI       No

¿Quién? \_\_\_\_\_

7. Usted (solicitante) o sus dependientes por asegurar ¿tienen historia clínica por alguna otra enfermedad o dolencia que le haya sido diagnosticada, no señalada en el cuestionario de salud precedentemente llenado?

SI       No

¿Quién? \_\_\_\_\_

¿En qué centro médico? \_\_\_\_\_

.....  
Firma del titular

.....  
Huella dactilar

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

OBSERVACIÓN DEL SUSCRIPTOR – MÉDICO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

.....  
Firma del suscriptor